

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTAMENTO DE SALUD

REGISTRO DE SALUD DENTAL ESCOLAR

Complete la siguiente sección antes del examen/evaluación:

DISTRITO ESCOLAR				CONDADO				FECHA DE NACIMIENTO			
ESTUDIANTE: APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		GRADO		SEXO		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO								NUMERO DE TELEFONO			

Registrar en la Carta Dental: Dientes caducos - d (Cariado), e (indicado para extracción), y f (empastado)
Dientes permanentes - D (Cariado), M (Falta), y F (Empastado)

		CARTA DENTAL																			
		DERECHA								IZQUIERDA											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
SUPERIOR		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	SUPERIOR	
INFERIOR		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17			INFERIOR	
Primer examen	Superior																			SUPERIOR	
	Inferior																			INFERIOR	
Segundo examen	Superior																			SUPERIOR	
	Inferior																			INFERIOR	
Tercer examen	Superior																			SUPERIOR	
	Inferior																			INFERIOR	
Cuarto examen	Superior																			SUPERIOR	
	Inferior																			INFERIOR	
Quinto examen	Superior																			SUPERIOR	
	Inferior																			INFERIOR	

REFERIDO ESTUDIANTIL

FECHA	EXAMINADO O EVALUADO POR	REFERIDO POR	COMENTARIOS (Si "Si", próxima página)
1er EXAMEN			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2o EXAMEN			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3o EXAMEN			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4o EXAMEN			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5o EXAMEN			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
OTRO			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

